

Quaderno n.29 / 2018

di **New Welfare** | 11 Gennaio 2018 | In: [Quaderno n.29 / 2018](#), [Sommario Quaderni](#)

Riflessione di inizio 2018 sulle riforme delle pensioni

di **Nicola C. Salerno** | 11 Gennaio 2018 | In: [Quaderno n.29 / 2018](#)

Sembra che la crisi del 2008 abbia marcato un cambio di direzione delle riforme: dalla flessibilità dei requisiti di pensionamento con adeguamenti attuariali degli assegni alle modalità flessibili con cui restare in attività per raggiungere requisiti puntuali. Perché e come?

Pur nella diversità che i sistemi pensionistici da sempre hanno nel confronto internazionale, nel decennio precedente la crisi economica del 2008 si era andata affermando una tendenza a riformare le regole verso schemi flessibili nei requisiti anagrafico-contributivi, con più ampia possibilità di scelta dell'età di pensionamento da parte del lavoratore, controbilanciata da correttivi in aumento o in diminuzione (premi e penalità) dell'assegno a seconda che l'età fosse anticipata o posticipata.

In Italia, questo approccio era persino divenuto l'ossatura portante del sistema pensionistico per i neoassunti dopo il 31 dicembre 1995, in combinazione con il criterio di calcolo contributivo ad accumulazione nozionale della pensione. Impostazioni simili erano emerse anche in Svezia e Polonia. In altre realtà, invece, a parità di struttura del sistema, stava prendendo piede, in modalità differenti da caso a caso, l'applicazione di *penalties* e *bonuses* per incentivare il posticipo del pensionamento su basi volontarie, lasciando la possibilità di uscita anticipata con importo della pensione corretto al ribasso¹. Come testimonia l'"*Aging Report 2015*", a oggi sono 18 i paesi UE che fanno ricorso a *penalties* and *bonuses*.

Gli aspetti positivi della flessibilità dei requisiti di pensionamento sono numerosi, riconosciuti in letteratura:

- rispetto dell'eterogeneità delle preferenze e delle scelte individuali;
- mantenimento dei livelli di produttività (che presumibilmente calano quando si è costretti a rimanere attivi contro voglia);
- sostegno al fisiologico *turnover* giovani-anziani sui posti di lavoro;
- naturale predisposizione a permettere uscite anticipate (prima del compimento del requisito anagrafico per la vecchiaia o del requisito contributivo pieno per l'anzianità) a lavoratori con carriere lunghe o svolte in mansioni usuranti e pericolose;
- naturale predisposizione a permettere combinazioni in regime di cumulo tra pensione e reddito da nuova attività lavorativa, anche *part-time* o con ridefinizione delle mansioni, così offrendo altra soluzione per i lavoratori con carriere lunghe o svolte in mansioni usuranti e pericolose.

Alla base di questa tendenza di riforma, comune a più Paesi, v'era un principio di fondo che si stava anch'esso affermando a livello internazionale (sicuramente a livello europeo): quello di sviluppare un *welfare system* non eccessivamente assorbito dalle pensioni, capace di presidiare gli altri capitoli di spesa (sanità, famiglia, minori, non autosufficienze, accesso all'abitazione, formazione del capitale umano, politiche attive e passive per il lavoro, etc.) e di fronteggiare le necessità di tutte le fasi della vita il più possibile "in tempo reale".

Rispetto a questa tendenza la crisi del 2008 sembra aver marcato una cesura, coglibile anche seguendo le diverse edizioni annuali di "*Pensions at a Glance*" dell'OCSE o confrontando le versioni degli "*Aging Report*" della Commissione europea. Restano sempre validi gli obiettivi di rinforzare gli istituti di *welfare* diversi dalle pensioni e, in particolar modo, le politiche per il lavoro e per i giovani ma, rispetto al *pre* crisi, appare cambiato il paradigma di flessibilità. Nelle riforme realizzate dal 2008 a oggi, l'attenzione si sposta dalla flessibilità dei requisiti anagrafici e contributivi, con applicazione di *penalties* e *bonuses*, verso le modalità flessibili con cui è possibile prolungare il lavoro per arrivare a soddisfare requisiti di pensionamento più stringenti (soglie puntuali di età e/o anzianità) e crescenti nel tempo assieme alla vita attesa.

In altri termini, se prima la prospettiva era quella di intervalli di età anagrafica e/o di anzianità contributiva entro i quali ci si poteva pensionare con assegni più o meno elevati a seconda che ci si ritirasse prima o dopo, nel *post* crisi gli intervalli si restringono o sono sostituiti da soglie puntuali (di età e di anzianità) che devono essere soddisfatte perché la pensione inizi a decorrere.

Dopo la crisi, quasi tutti i paesi, Italia inclusa, hanno adottato misure restrittive ad ampio raggio sui pensionamenti e, tra queste, aumenti con effetto immediato o quasi immediato dei requisiti di pensionamento ed eliminazione o riduzione significativa delle possibilità di pensionamento anticipato².

Sono proprio queste misure che, dal 2009 a oggi, hanno fatto aumentare l'età media effettiva di pensionamento dell'UE-25 di quasi un anno e mezzo per le donne e di circa un anno per gli uomini³.

Per l'Italia il cambiamento è stato profondo e le misure pensionistiche adottate nel dopo crisi hanno rappresentato un vero e proprio abbandono del pensionamento flessibile nell'accezione con cui era comparso nel 1995 come tassello della riforma "Dini".

È accaduto che in parte la crisi ha mutato i vincoli a breve-medio termine delle finanze pubbliche obbligando a rivedere le regole dei sistemi pensionistici, e in parte la stessa crisi ha velocizzato quelle riflessioni, cui si faceva riferimento nei capoversi precedenti, sulla dinamica della spesa pensionistica e sulla composizione della spesa complessiva per *welfare* nel lungo termine. All'interno di questo "nuovo corso", l'Italia non è affatto una eccezione, nonostante il dibattito nazionale (dei media ma anche di alcune parti del mondo accademico) ne sottolinei a volte la singolarità (requisiti di pensionamento troppo alti o addirittura esosi, parametri incompatibili con il mercato del lavoro dei giovani e con la resistenza psicofisica degli anziani).

Da subito bisogna impegnarsi nello sviluppo della nuova idea di flessibilità, quella in uscita, intesa come modalità per alleggerire gradualmente il carico di lavoro negli ultimi anni prima del raggiungimento dei requisiti per la decorrenza della pensione, permettendo varietà di scelte adattabili alle esigenze individuali⁴.

Un contributo significativo potrebbe arrivare dalla strutturazione legislativa e promozione di accordi tra lavoratore e datore di lavoro di progressivo rimansionamento, con passaggio a funzioni meno gravose ma nelle quali l'esperienza sia elemento saliente e fonte di esternalità positive sui processi produttivi. Il rimansionamento potrebbe combinarsi con regole di base che favoriscano, anche con opportuni incentivi contributivi, che gli ultimi 3-5 anni di lavoro siano svolgibili in modalità *part-time* (orizzontale e/o verticale) con percentuali di riduzione dell'orario lavorativo adattabili al singolo caso⁵. Altro ganglio di flessibilità potrebbe arrivare dal telelavoro e dalla sua evoluzione *smartworking* o lavoro agile come lo si è definito nel dibattito italiano⁶. Per le Pubbliche Amministrazioni un contributo positivo arriverebbe anche dal miglioramento della mobilità interna tra funzioni di uno stesso ufficio e tra uffici.

Si constata, invece, che su tutti questi punti, importanti per una effettiva e lungimirante strategia di governo dell'invecchiamento, il dibattito italiano è carente o addirittura assente. Nei mesi scorsi il confronto tra le Parti, sull'innalzamento dei requisiti pensionistici dal 1° gennaio del 2019⁷, si è sviluppato integralmente sulla necessità della sua applicazione contro il presunto buon senso di una disapplicazione integrale o selettiva⁸.

L'auspicio è che l'*agenda* politica possa presto arricchirsi e approfondirsi sul piano tecnico per poter utilizzare e combinare tutte le leve di azione disponibili. Ben disegnato e articolato, l'allungamento della vita lavorativa con uscita graduale potrebbe essere l'anello giusto per tenere assieme il ricambio anziani-giovani sui posti di lavoro, il contenimento della spesa per pensioni, il rafforzamento degli altri capitoli del *welfare* e, nel complesso di questo *mix*, anche la crescita.

www.reforming.it

e-mail: info@reforming.it

twitter: reformingit

1 Si veda Carone G. *et alii* (2016), "Pension Reforms in the EU since the Early 2000's", pag.8 e segg..

2 Si veda Carone G. *et alii* (2016), cit..

3 Si veda OCSE (2017), "Pensions at a Glance".

4 Si veda OECD (2017), cit.; in particolare il capitolo 2, *Flexible Retirement in OECD Countries*, e l'Annex 2.A2.

5 Tra le funzioni verso cui orientare il rimansionamento e il *part-time*, una posizione specifica potrebbe essere prevista per la trasmissione del *know-how* ai più giovani, con periodi di affiancamento e alternanza.

6 Il lavoro agile è stato introdotto in Italia con la Legge 22 maggio 2017, n. 81 (il cosiddetto *Jobs Act* del lavoro autonomo). Si veda dal sito *web* del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali www.cliclavoro.gov.it/Aziende/Pagine/Smart-working.aspx

7 Per effetto dell'aggancio automatico ai progressi della vita attesa, in attuazione del combinato disposto della riforma "Sacconi" del 2010 e della riforma "Fornero" del 2011.

8 La legge di bilancio per il 2018 ha optato per la disapplicazione a favore di 15 categorie di lavoratori che hanno svolto mansioni faticose e pesanti.

Uno studio sulle capacità cognitive degli anziani di Trieste

di Federica Trento, Deanna Fornasier, Mauro Cauzer | 13 Aprile 2018 | In: *Quaderno n.29 / 2018*

1. INTRODUZIONE

Trieste, città italiana capoluogo della regione Friuli Venezia Giulia è la più piccola provincia d'Italia con una superficie di soli 212 km quadrati e per dare un quadro conoscitivo di questo territorio servono informazioni e conoscenze tali da poter comprendere l'emergere di necessità e priorità di intervento. Le caratteristiche demografiche della popolazione consistono in 208.781 abitanti con il 27,51% di persone dai 65 anni in poi, con una maggior presenza femminile 34.854 femmine contro 22.540 maschi in tutte le fasce di età over 65. Gli ultraottantenni sono più di 18.000 e 2.616 persone hanno più di 90 anni. La suddivisione tra anziani (65-74 anni) e grandi anziani (dai 75 anni in poi) permette di individuare come la percentuale di crescita sia costante nel tempo per entrambe le fasce, ma risulti maggiore nella fascia over 75. L'aumento dell'aspettativa di vita è ovviamente positivo, in linea generale, e per molti anziani attesta l'esistenza di buone condizioni di salute. Un altro elemento conoscitivo importante è la massiccia presenza di anziani soli quantificabili in 16.000 donne e 5.000 uomini over 65 e in 11.000 femmine e 2.500 maschi over 75. Dall'anagrafe si rileva che sono 6.550 gli anziani ultrasettantacinquenni che vivono in coppia, mentre la condizione di vedovanza e/o di solitudine femminile è oltremodo diffusa in tarda età. In questo ambiente svolge la propria attività l'A.R.I.S. (Associazione Ricerca Interventi Studi sull'invecchiamento), una associazione di promozione sociale nata nel 2004 con sede a Trieste, impegnata nel favorire l'invecchiamento attivo degli anziani e a far crescere il ruolo dei senior nella società. Tale scopo generale viene perseguito attraverso lo svolgimento di diversi tipi di attività finalizzate a promuovere una nuova immagine dell'invecchiamento, superando gli stereotipi riguardanti la vecchiaia, e a migliorare la qualità della vita degli anziani rendendoli protagonisti attivi della soddisfazione dei propri bisogni.

Un'attenzione particolare viene data alla prevenzione di situazioni che possono essere causa di disagio nella persona anziana e, in particolare, alla prevenzione del deterioramento cognitivo che risulta essere una delle principali cause di disabilità nell'anziano.

2. DEMENZE E DEPRESSIONE

Le demenze e la depressione sono i due disagi psichici maggiormente diffusi nella popolazione anziana e, molto spesso, coesistono (Gala et al., 2008). Molte patologie del sistema nervoso centrale (SNC) si associano ad un aumento della prevalenza della depressione. Disturbi dell'umore si osservano frequentemente nei pazienti affetti da disturbi neurodegenerativi compresi la malattia di Alzheimer e il morbo di Parkinson, come pure gli insulti ischemici cerebrali (Gala et al., 2008). La comorbilità di una forma patologica di demenza e depressione assume particolare frequenza in relazione alla popolazione anziana ed all'elevata incidenza dei due disturbi nella medesima fascia di età; ad esempio, la depressione maggiore è presente fino al 15% dei casi di AD, fino al 25% nella demenza vascolare (Gala et al., 2008). È importante, quindi, al fine di impostare un trattamento adeguato, riuscire a discriminare le due forme patologiche, nonostante spesso queste presentino sintomi molto simili.

2.1 Depressione

La depressione fa parte di un gruppo di disagi psichici definiti come "disturbi dell'umore". Con questi termini ci si riferisce ad una grave alterazione dell'umore che persiste per un periodo di tempo prolungato. In questi casi il disturbo dell'umore è intenso e costante tanto da compromettere le relazioni interpersonali e le attività quotidiane della persona.

Esistono diverse tipologie di disturbi dell'umore, tutte accomunate dalla presenza di un quadro clinico caratterizzato da stati affettivi ed emotivi intensi, ad esempio una profonda depressione. La forma più comune di disturbo dell'umore è rappresentata dalla depressione maggiore, in cui sono presenti episodi depressivi nei quali l'individuo si sente notevolmente abbattuto o perde interesse per le attività che precedentemente considerava piacevoli (o entrambe le situazioni) per un periodo di almeno 2 settimane; sono inoltre presenti altri sintomi come i disturbi del sonno, dell'appetito, la sensazione che nulla abbia più valore ma anche sintomi di tipo cognitivo, come ad esempio la difficoltà a pensare concentrarsi, e sintomi motori, come il rallentamento o l'agitazione psicomotoria. Tuttavia, la depressione costituisce una condizione diversificata rispetto ad un momento di tristezza e di sconforto che ognuno di noi può sperimentare in un certo periodo di vita o in risposta ad un evento particolarmente stressante. Infatti, la tristezza, il pessimismo e la sensazione di non avere alcuna speranza di migliorare la propria situazione sono sensazioni familiari alla maggior parte delle persone; sentirsi depressi è spiacevole, ma spesso questa sensazione ha una durata breve e tende a scomparire da sola entro qualche giorno (Buodo et al., 2017).

Nonostante molti episodi depressivi si attenuino o tendano a scomparire con il passare del tempo (si può parlare di remissione quando la sintomatologia è scomparsa da almeno un paio di mesi), nel caso della depressione è possibile aspettarsi la ricomparsa di nuovi episodi nei mesi successivi, sono quindi molto probabili le ricadute.

Nonostante i disturbi depressivi solitamente insorgono durante l'adolescenza fino alla maturità, la sintomatologia depressiva può iniziare anche nell'infanzia o durante la vecchiaia (Buodo et al., 2017).

Infatti, la prevalenza della depressione nella popolazione over 65 è significativamente più bassa rispetto a quella nella popolazione di giovani adulti (Buodo et al., 2017); tuttavia, il numero di casi di depressione maggiore nella popolazione anziana rappresenta tutt' ora un importante problema di salute pubblica. Sfortunatamente risulta spesso difficile diagnosticare correttamente la depressione in una persona anziana, a causa del fatto che molti dei sintomi depressivi possono essere scambiati per sintomi di altre patologie come la demenza. Visti i pericolosi effetti per la salute della persona anziana è fondamentale essere in grado di diagnosticare correttamente la depressione in questo gruppo di persone. A tal proposito, esistono test specifici per valutare la presenza di sintomi depressivi e ansiosi nelle persone anziane che possono aiutare nel condurre una valutazione completa dello stato di salute psicologica della persona.

2.2 Deterioramento cognitivo e demenze

La demenza costituisce un quadro di deterioramento cronico e progressivo delle funzioni cognitive (memoria, pensiero astratto, il giudizio critico, il linguaggio). Il progressivo decadimento di tali funzioni comporta una ridotta capacità di adattarsi alle richieste dell' ambiente circostante, di conservare un comportamento sociale adeguato alle circostanze e un ridotto controllo sulla propria emotività. In altre parole, sono coinvolti sia gli aspetti di funzionamento cognitivo, che aspetti affettivi ed emotivi. Questa complessità di sintomi fa sì che vi sia una difficoltà nella gestione delle attività quotidiane delle persone.

A causa del progressivo aumento della popolazione anziana, e in particolare di quella ultrasessantacinquenne, si assiste oggi ad un incremento del numero di persone a rischio di malattie croniche invalidanti legate all' età. Tra queste rivestono particolare rilievo le patologie neurologiche, nell' ambito delle quali la demenza costituisce una delle più importanti cause di disabilità nell' anziano. Tale condizione aumenta in maniera rilevante con l' avanzare degli anni.

Ad oggi, con la recente pubblicazione della revisione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) formulata dall' American Psychiatric Association, le demenze vengono incluse in una categoria di disturbi definiti "disturbi neurocognitivi" che possono essere di diversi tipi. La demenza, infatti, non costituisce di per sé una patologia, ma un quadro sindromico, ovvero un insieme di sintomi, che può essere sostenuto da diversi tipi di patologie sottostanti (Carlomagno, 2007). Per questo motivo, le "demenze", o "disturbi neurocognitivi", vengono classificate in base al tipo di patologia che ne è responsabile, di cui la più frequente e conosciuta è la malattia di Alzheimer. La maggior parte degli studi riguardanti i fattori di rischio di sviluppare un quadro demenziale è stata effettuata con persone affette da questa patologia ed hanno dimostrato che i principali fattori di rischio sono:

- in primo luogo l' avanzare dell' età
- la storia familiare, e quindi la presenza di situazioni di familiarità con la patologia

Tuttavia, questi sono fattori di rischio cosiddetti "non modificabili".

Esistono anche altri fattori di rischio "modificabili" che sono associati allo stile di vita e di questi fanno parte:

- fumo
- assunzione di alcol
- carenza di vitamine
- scarsa attività fisica o attività di svago (sia mentali che sociali)
- diabete
- ipercolesterolemia
- ipertensione
- obesità
- una storia positiva di traumi cerebrali o patologie cerebrovascolari
- bassa scolarità
- stile alimentare poco sano.

Dott.ssa Federica Trento, dottore in psicologia – Trieste

Dott.ssa Deanna Fornasier, psicologa – Trieste

Dott. Mauro Cauzer, psicoterapeuta – Trieste

2.3 Problemi diagnostici

A causa delle somiglianze nella sintomatologia, in quanto entrambi i quadri patologici prevedono la presenza di sintomi cognitivi e sintomi affettivi, si verificano delle difficoltà nel discriminare le due patologie in una persona anziana.

La depressione ad esordio tardivo prevede che il primo episodio depressivo compaia in età avanzata, talvolta in concomitanza con un disturbo cerebrale neurologico che può essere evidente o meno al momento dell'insorgenza del primo episodio depressivo. Alcune persone, infatti sviluppano delle forme di "depressione con demenza reversibile"; questi quadri patologici sono così chiamati dal momento che i sintomi demenziali scompaiono nel momento in cui la depressione viene trattata. Questa sindrome è stata definita **pseudodemenza** e indica la presenza di compromissione cognitiva, in particolare della memoria, in maniera simile alla demenza, ma questa compromissione è dovuta ad un altro disturbo psichiatrico, ad es. la depressione. Se la compromissione cognitiva sia dovuta quindi ad un disturbo psichiatrico dovrebbe rientrare con un trattamento adeguato del disturbo dell'umore; se così non fosse potrebbe essere indice della presenza di un disturbo demenziale ai primi stadi. Viceversa, quando una demenza è già stata diagnosticata stabilire se ci trovi in presenza di una comorbidità con la Depressione Maggiore è particolarmente difficile, dal momento che molti dei sintomi tra un disturbo demenziale e disturbo dell'umore corrispondono (es. rallentamento psicomotorio, la labilità emozionale, insonnia...). Di conseguenza per diagnosticare le patologie è importante effettuare un'accurata anamnesi, valutare l'andamento nel tempo, l'atteggiamento del paziente riguardo ai sintomi e i risultati delle indagini testali (Gala et al., 2008).

Importanti informazioni per la formulazione della diagnosi possono essere fornite dai care-giver, adeguatamente informati attraverso training specifici, che permetterebbe un'osservazione temporale dei sintomi più prolungata.

3. ASSOCIAZIONE A.R.I.S.

L'A.R.I.S. (Associazione Ricerca Interventi Studi sull'Invecchiamento) è un'associazione di promozione sociale nata nel 2004 con sede a Trieste, impegnata nel favorire l'invecchiamento attivo degli anziani e a far crescere il ruolo dei senior nella società. Tale scopo generale viene perseguito attraverso lo svolgimento di diversi tipi di attività finalizzate a promuovere una nuova immagine dell'invecchiamento, superando gli stereotipi riguardanti la vecchiaia, e a migliorare la qualità della vita degli anziani rendendoli protagonisti attivi della soddisfazione dei propri bisogni.

Un'attenzione particolare viene data alla prevenzione di situazioni che possono essere causa di disagio nella persona anziana e, in particolare, alla prevenzione del deterioramento cognitivo che risulta essere una delle principali cause di disabilità nell'anziano. Presso il Centro per l'Anziano gestito dall'associazione, vengono forniti gratuitamente degli screening finalizzati a discriminare le persone maggiormente a rischio di sviluppare patologie legate al deterioramento dello stato cognitivo che avranno modo così di approfondire eventuali problematiche e accedere tempestivamente ai trattamenti, farmacologici o psicologici, attualmente disponibili, o più semplicemente di tenere monitorato il proprio stato di salute. Si è già accennato all'importanza di affiancare all'indagine dello stato cognitivo anche uno screening sul tono dell'umore, dal momento che i sintomi delle patologie possono essere facilmente confusi; per tale motivo all'indagine testistica sullo stato cognitivo viene sempre affiancata la somministrazione di questionari riguardanti il tono dell'umore al fine di ottenere una valutazione completa dello stato di salute psicologica della persona.

4. LO STUDIO

Lo scopo del presente studio è stato quello di ottenere una visione d'insieme della tipologia d'utenza che ha avuto accesso al servizio negli ultimi anni e quali sono i problemi che si riscontrano con maggiore frequenza, al fine di migliorare l'offerta dei servizi. Sono stati raccolti ed analizzati i dati relativi alle persone che si sono recate al Centro per l'Anziano dell'A.R.I.S. ottenendo così un profilo della popolazione che accede a tali tipologie di servizi. Lo studio è stato svolto in collaborazione con l'Associazione 50&più che ha finanziato il progetto.

4.1. Campione, procedura e materiali

Sono stati analizzati i dati relativi a un campione di 418 utenti che hanno avuto accesso al Centro per l'Anziano fra il 2012 e il 2017.

Per la valutazione cognitiva è stato utilizzato il Mini Mental State Examination (1993) che costituisce una batteria di test neuropsicologici finalizzati ad esaminare diverse funzioni cognitive e rilevare la presenza di deterioramento cognitivo. Le funzioni esaminate nel test sono l'orientamento nel tempo, l'orientamento nello spazio, la registrazione di parole, l'attenzione e il calcolo, la rievocazione, il linguaggio, la prassia costruttiva.

Per la valutazione del tono dell'umore è stato utilizzato il CES-D, un questionario in grado di fornire una misurazione dei disturbi dell'affettività e rilevare una probabile depressione.

I punteggi ottenuti tramite tali strumenti sono stati classificati come normali, borderline, patologici.

In sintesi, i fattori analizzati sono stati:

- età (60-70; 71-80; oltre 80)
- scolarità (diploma/laurea; licenza media; elementare)
- sesso
- prestazioni cognitive valutate tramite il MMSE (Mini Mental State Examination; Measso, 1993)
- tono dell'umore valutato tramite il questionario CES-D (Radloff, 1977)

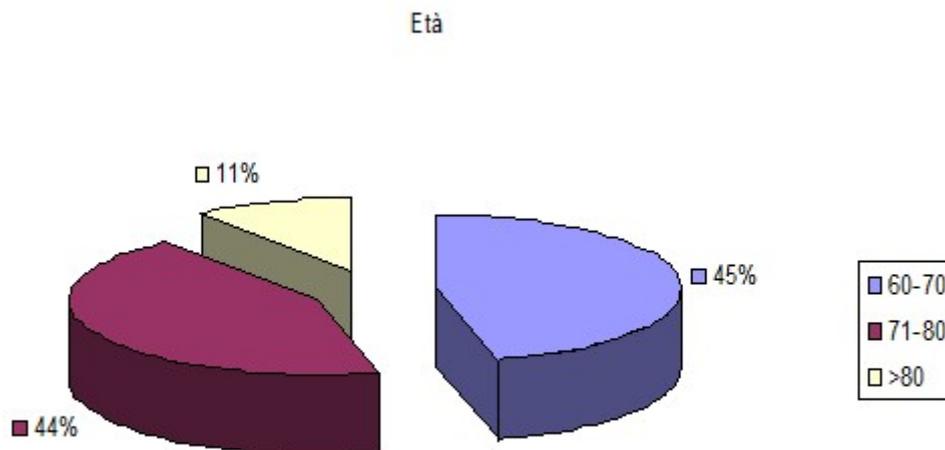
I dati ottenuti sono stati analizzati tramite percentuali e ANOVA.

4.2. Descrizione del campione

L'età media del campione è di 71, 45 e quasi la metà del campione ha fra i 60 e i 70 anni (grafico1) e per gran parte è costituito da donne (grafico 2).

Per quanto riguarda il livello di scolarità, invece, il 45% è in possesso di un diploma o di una laurea, il 43% ha licenza media, mentre solo il 12 % ha una licenza elementare (grafico 3).

Grafico 1



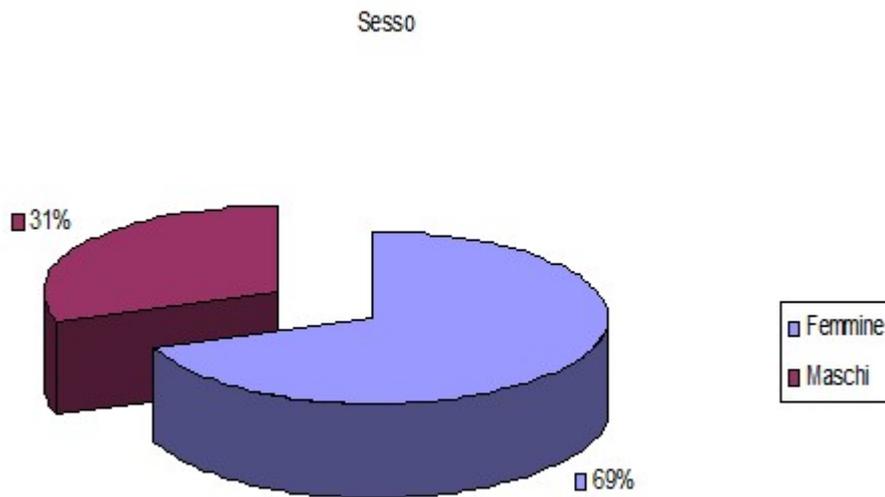
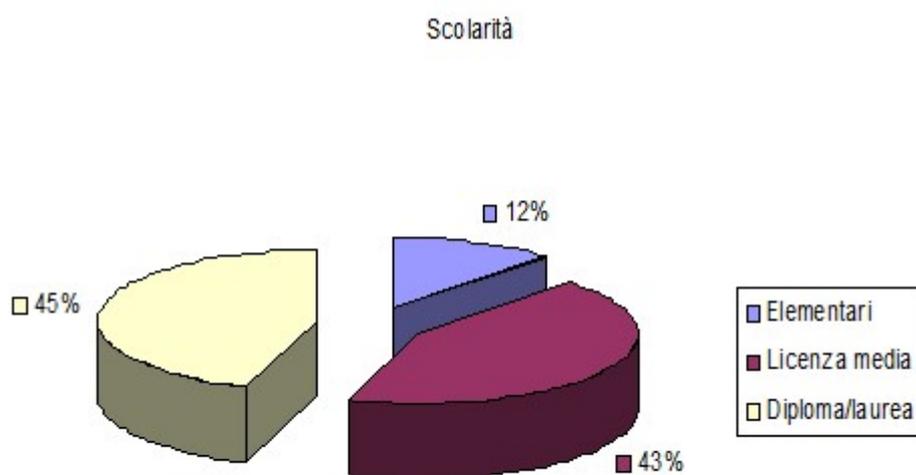


Grafico 3



Per quanto riguarda lo stato di salute cognitiva nessun utente ha ottenuto un punteggio patologico; infatti, il 91% ha avuto prestazioni nella norma e il 9 % prestazioni borderline (grafico 4).

Il tono dell'umore invece risulta esser nella norma nel 64% dei casi; tuttavia il 19% dei soggetti ha ottenuto un profilo di umore patologico e borderline nel 17% dei casi (grafico 5).

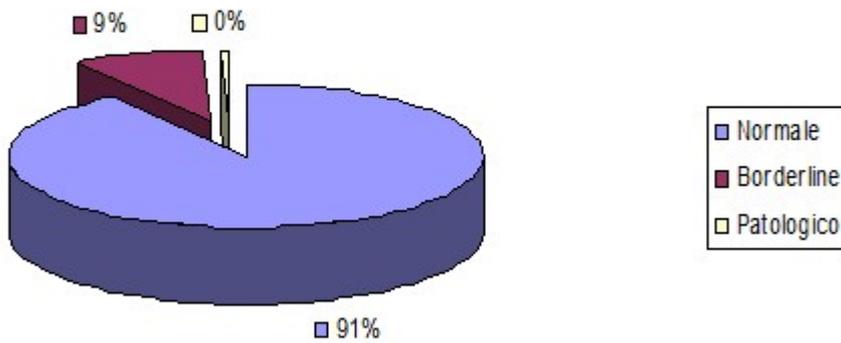
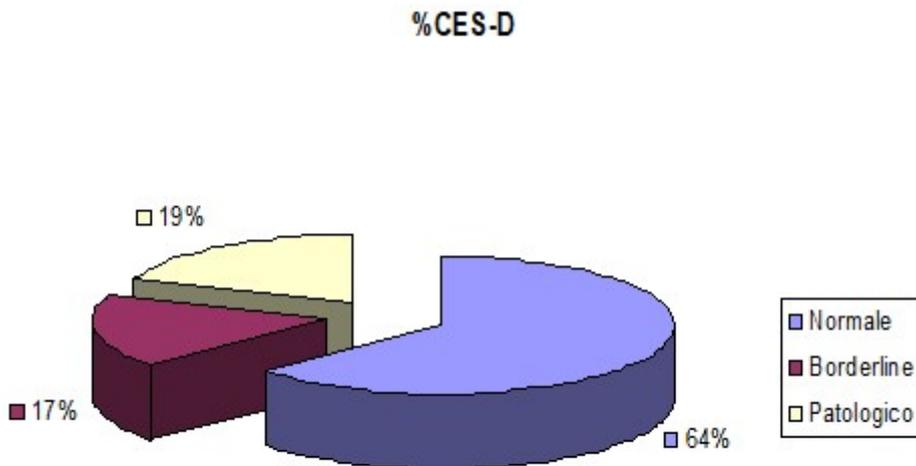


Grafico 5



4.3. Risultati

Le analisi statistiche effettuate mediante l' ANOVA hanno evidenziato come al crescere dell' età peggiorano le prestazioni cognitive ($p=0,000$), come si può osservare nel grafico 6, e come al crescere della scolarità migliorano le prestazioni cognitive ($p=0,000$). Le medie relative a questi risultati sono riportate nei grafici 5 e 6.

Per quanto riguarda il tono dell' umore non sono emerse differenze significative in relazione all' età e alla scolarità. Inoltre, non è emersa alcuna differenza significativa in relazione al sesso della persona né per quanto riguarda il funzionamento cognitivo né per il tono dell' umore.

Grafico 5

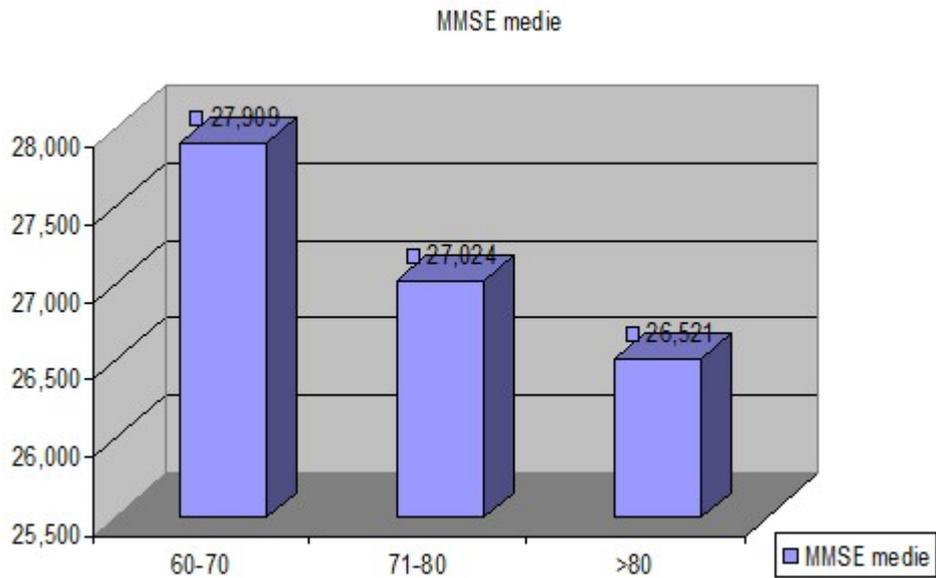
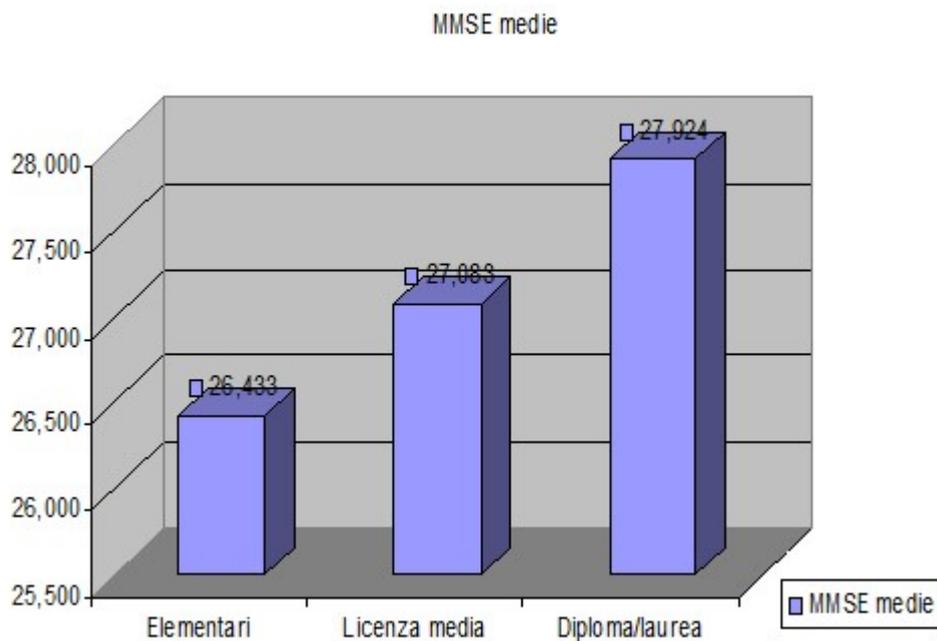


Grafico 6



5. CONCLUSIONI

I risultati ottenuti hanno confermato quanto già riportato dalla letteratura scientifica riguardo ad un peggioramento delle prestazioni cognitive legato all'età e ad un basso livello di scolarità. Un lieve calo nelle funzioni cognitive si verifica per cause fisiologiche legate all'invecchiamento, anche in assenza di patologie specifiche. Invece, non è stata riscontrata alcuna relazione fra l'aumento dell'età ed un tono dell'umore più basso, andando a disconfermare alcune credenze comuni che vedono la persona anziana come maggiormente triste o "depressa" rispetto al resto della popolazione.

I dati hanno permesso di ottenere un profilo delle persone che si recano presso tali servizi di prevenzione che sarebbero per lo più donne fra i 60 e i 70 anni, sollevando il problema di come poter raggiungere invece il sesso maschile e le persone di età più avanzata.

Inoltre, un dato che riveste una particolare importanza è quello relativo alla presenza di probabili disturbi dell'umore, dal momento che il 36 % delle persone ha ottenuto punteggi al limite della norma o patologici. Gran parte delle persone che giungono in consultazione lamentano problemi di tipo cognitivo,

per lo più di memoria, ma questi potrebbero essere legati a problemi relativi alla sfera affettiva, come la depressione, piuttosto che al deterioramento cognitivo in sé. Il nostro studio ha permesso di identificare meglio, ottenendo un visione d'insieme, quali sono i bisogni riportati dalle persone e di cui va tenuto conto nella programmazione dei servizi. In particolare, sarebbe importante affiancare alle attività di prevenzione e a quelle di stimolazione cognitiva, indispensabili per tenere le funzioni mentali sempre allenate e attive, anche interventi strutturati per prevenire e/o trattare i disturbi dell'umore. Agendo su entrambi gli aspetti, quello cognitivo e quello affettivo, che risultano essere strettamente collegati, si agirebbe in maniera più completa ed efficace sullo stato di salute psicologica della persona anziana producendo un maggior livello di benessere e migliorando la sua qualità di vita.

BIBLIOGRAFIA

Hooley J., Butcher J., Nock M., Mineka S. (2017), *Abnormal Psychology*, Pearson Education (trad. it.: Buodo G.,

Gentili C., Ghisi M., Prunas A., Pruneti C., *Psicopatologia e psicologia clinica*, Raffaello Cortina Editore, 2017).

Carlomagno S. (2007)., *La valutazione del deficit neuropsicologico nell'adulto cerebroleso*, Elsevier Masson.

Cesa-Bianchi M. (1987) *Psicologia dell'invecchiamento. Caratteristiche e problemi.*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Gala C., Peirone A., Bellodi S., Pasquale L., Redaelli C. (2008), *Depressione e deterioramento cognitivo nell'anziano*, *G Gerontol* 2008;56 (Suppl 1):25-33.

Comune di Trieste (2010): *Piano di Zona 2010-2012*, Centro stampa.

De Vanna, M., Cauzer, M., Marchiori, R. (2002): *Il misterioso pianeta dell'ipocondria. Il Pensiero Scientifico*, Roma.

Erikson, E. (2000): *I cicli della vita*, Armando Editore, Roma.

Hendry, L.B., Kloep, M. (2003): *Lo sviluppo nel ciclo di vita*, Il Mulino, Bologna.

Istat (1997): *Anziani in Italia*, Il Mulino, Bologna.

Istat (2007): *Indagine Multiscopo Aspetti della vita quotidiana – Anno 2006*, Roma.

Lazzarini, G. (1997), *Invecchiare in città*, Angeli F., Milano.

La "vittimizzazione" della popolazione anziana in Italia: alcuni indicatori statistici

di **Velia Bartoli** | 13 Aprile 2018 | In: [Quaderno n.29 / 2018](#)

1- Note introduttive

Negli anni recenti, un vivo interesse è stato rivolto alla necessità di un ampliamento e adeguamento del concetto di "sicurezza sociale", ponendo in particolare risalto l'individuazione e la precisazione del tipo di interventi per la prevenzione e l'assistenza alle persone anziane.

Solamente negli anni a noi più vicini i danni e le difficoltà subiti dalle vittime di svariati crimini sono stati portati all'attenzione dei governi su scala internazionale; ciò spiega la scarsa conoscenza dei fenomeni connessi alla cosiddetta "vittimizzazione", anche in relazione alle notevoli disparità nei vari sistemi di giustizia civile e penale, frutto di differenziazioni più o meno marcate in campo legale, sociale ed economico, sia pur in presenza di un'apparente somiglianza delle istituzioni politiche e delle procedure amministrative.

La "vittimologia" è la disciplina che si occupa delle conseguenze di violazioni dei diritti delle persone, in presenza di eventi criminosi che consentano l'individuazione delle parti offese nonché, più in generale, dei comportamenti che intercorrono tra autori e vittime dei reati.

La finalità principale delle ricerche inerenti la disciplina suddetta è quella di prevenire comportamenti lesivi dell'altrui incolumità o, comunque degli altrui interessi. Ciò può attuarsi in primo luogo accertando l'esistenza di predisposizioni nelle vittime ad essere tali attraverso l'individuazione e lo studio di "fattori di rischio" o di vulnerabilità. Si tratta di caratteristiche socio-demografiche o riconducibili a stili di vita che possono in qualche modo condurre i soggetti in esame a subire episodi criminosi. La letteratura in questo senso ha permesso di individuare alcune categorie di persone – quali, ad esempio, le donne, gli immigrati, gli anziani – maggiormente esposte al rischio di subire reati.

In definitiva, nel generale contesto dei fenomeni di vittimizzazione, appare evidente come la categoria degli anziani presenti aspetti del tutto peculiari, data la maggiore vulnerabilità determinata, com'è logico, dai numerosi svantaggi di ordine psico-fisico e socio-economico connessi con l'età avanzata. In presenza di efficienza fisica e capacità cognitive ridotte, di vista e udito spesso seriamente compromessi, di scarse o nulle possibilità di difesa personale, nonché di costi considerevoli per procurarsi qualche forma di assistenza, moltissimi anziani vivono una vita prevalentemente solitaria, risultando in buona parte o del tutto dipendenti dalle cure dei parenti, dei vicini di casa o dei servizi sociali.

2 – Informazioni statistiche di base e principali risultati

Nel 2016 l'ammontare dei residenti in Italia in età 65 anni e oltre è stato stimato dall'Istat in circa 13 milioni e 200 mila unità, pari al 22,0% dell'intera popolazione. Detto ammontare risultava di 2,8 punti percentuali superiore rispetto al corrispondente valore medio (19,2%) dell'intera Unione Europea, e di 1,8 punti rispetto all'analogo dato italiano (20,2%) del 2008. E' anche da dire che il processo di invecchiamento della società italiana proseguirà con assoluta certezza nei prossimi anni, tanto che – secondo le previsioni Istat del 2017 – la quota di anziani salirà dal 26,1% nel 2030 fino al 33,1 del 2050.

Stante il tipo di evoluzione demografica sopra delineata, è il caso di evidenziare come l'accresciuto peso, in termini sia assoluti che relativi, della popolazione in età avanzata comporti, come fatale conseguenza, l'aumento del numero di individui che vivono situazioni di fragilità psico-fisiche e socio-economiche, con ciò compromettendo fortemente le condizioni generali di sicurezza della società.

E' comunque il caso di rimarcare che nel nostro Paese il fenomeno della criminalità a danno delle persone anziane è sostanzialmente sottostimato e poco conosciuto, malgrado il sopra menzionato tendenziale aumento numerico delle età avanzate. Si tratta di un campo di indagine ancora poco sviluppato che sembra, di fatto, destare minore interesse – sul piano sia scientifico che giudiziario – rispetto a quanto riguarda altre categorie di vittime. Occorrerebbe al contrario, appunto in ragione delle caratteristiche peculiari delle persone colpite dai crimini, prestare particolare attenzione ai reati contro gli anziani, le cui conseguenze sono solitamente più gravi di quelle subite dai più giovani, sia per quanto si riferisce all'incolumità fisica, sia con riguardo agli aspetti negativi psicologici e socio-economici.

Le principali fonti qui utilizzate per lo studio del fenomeno della "vittimizzazione" degli anziani in Italia, sono rappresentate dalle statistiche della delittuosità e della criminalità raccolte dagli organi periferici del Ministero degli Interni. I dati vengono quindi trasmessi all'Istat che ne controlla la qualità e l'attendibilità, successivamente curandone la diffusione al pubblico. Tali rilevazioni offrono un quadro senz'altro interessante del fenomeno della criminalità "subita"; tuttavia, mentre nel caso degli omicidi le statistiche sono certamente attendibili ed esaustive, circa gli altri crimini è da dire che la raccolta dei dati risulta non poco influenzata – sia in termini quantitativi che qualitativi – dalla più o meno marcata "propensione" delle vittime a sporgere denuncia alle autorità preposte. Il livello di tale propensione può assumere proporzioni differenti e dipendere da svariate motivazioni, così come può essere molto variabile in relazione alla zona geografica. La diversa inclinazione degli individui danneggiati a denunciare può essere inoltre dovuta alla mancanza di fiducia nelle istituzioni, oppure a uno sbilanciato rapporto costi-benefici, ovvero quando si possono avere particolari interessi a non rendere pubblico il torto subito, ad esempio per timore di ritorsioni o di perdita d'immagine.

Passando a descrivere i principali risultati di questo lavoro, saranno presi in sistematico esame i valori dei "tassi di vittimizzazione" degli ultra 65-enni contenuti nella Tabella 1, che sono espressi dal rapporto (per 100.000) tra il numero degli anziani che hanno subito un reato nell'anno di riferimento e l'ammontare medio della popolazione residente dell'anno stesso, appartenente alla medesima classe di età.

Se si esaminano i valori riferiti al 2016 degli indicatori sopra descritti, si nota in primo luogo che i "furti" (2190 per 100 mila), i "danneggiamenti" (330) e le "truffe e frodi informatiche" (160) sono i reati che colpiscono le persone in età avanzata con maggiore frequenza. Inoltre, ancora con riguardo al 2016, è immediato riscontrare livelli di rischio di vittimizzazione assai differenziati in relazione alle tipologie di reato e al sesso delle vittime: ad esempio, gli ultra 65-enni di sesso maschile subiscono molto più spesso i "furti" rispetto alle donne (nell'ordine 2.773 per 100 mila contro 1.521). Le disparità tra i generi appaiono anche rilevanti a svantaggio delle donne per la particolare tipologia dei "furti con destrezza" (368 per 100 mila contro i 317 dei maschi) e quella dei "furti con strappo" (54 e 19 per 100 mila rispettivamente per femmine e maschi).

Per dar conto di alcune delle cifre sopra citate occorre tra l'altro tener presente il numero assai rilevante dei nuclei familiari composti solamente da una o due persone anziane (quasi un quarto delle famiglie italiane in totale nel 2016): tali persone sono chiaramente esposte a un forte pericolo di subire reati quali, in particolare, furti e truffe. Si consideri, inoltre, che la gran parte di dette persone è costituita da donne rimaste sole a seguito di vedovanza, ciò aggrava le situazioni di solitudine ed emarginazione sociale che di per sé rappresentano indubbi fattori di rischio.

Sembra il caso di osservare che, allo scopo di contenere il numero dei crimini come quelli cui sopra si è fatto cenno, sarebbe utile alle autorità politico-amministrative impostare piani di protezione per gli

anziani quali, ad esempio, campagne di comunicazione dirette alla pubblica opinione e anche corsi di formazione per gli addetti ad organismi assistenziali, ovvero, su scala locale, iniziative specifiche per il controllo della sicurezza nel territorio.

Per quel che concerne le vittime di "danneggiamenti", è da rimarcare che tali reati colpiscono in misura dissimile i due sessi, in ragione di una netta prevalenza di quelli che riguardano il sesso maschile: gli indicatori del 2016 segnalano 493 e 138 casi per 100 mila in relazione, nell'ordine,

agli uomini e alle donne, mentre con riferimento al 2008 si riscontrano, rispettivamente, 442 crimini contro 109. Ma disparità non dissimili si osservano con riguardo alle "truffe e frodi informatiche", stante che le vittime più esposte sono comunque di sesso maschile: a un tasso del 2016 pari per gli uomini a circa 200, si contrappone un indice femminile di soltanto 122 casi per 100 mila. Viceversa, le differenze tra i sessi non appaiono particolarmente pronunciate in relazione alle "rapine in abitazione": 6,7 e 8,3 per 100 mila, rispettivamente, per femmine e maschi.

Allo scopo di dar conto dell'andamento temporale degli indicatori in oggetto, conviene far riferimento alle differenze percentuali figuranti nella Tabella 2. Basta dare uno sguardo d'insieme al segno algebrico, positivo nella gran maggioranza dei casi, di tali differenze, per constatare un deciso e generalizzato aumento di intensità – nel sia pur breve periodo considerato – del fenomeno della vittimizzazione che colpisce la terza età. Particolarmente marcata, ad esempio, appare la crescita del rischio per gli anziani di subire crimini di tipo predatorio: tale è il caso dei "delitti informatici" (+192%) e dei "furti" (+71%).

Infine, prendendo in considerazione la distinzione tra i sessi, i valori della Tabella 2 mostrano che dal 2008 al 2016 l'aumento più forte per il sesso maschile (+290%) è ancora da attribuire ai "delitti informatici", cui seguono i "furti con destrezza" (+95%), e le "truffe e frodi informatiche" (+55%). Con riguardo al sesso femminile sono invece decisamente in crescita i "furti con destrezza" (+69%), le "lesioni dolose" (+69%) e i "delitti informatici" (+50%). Contestualmente, tuttavia, altri tipi di crimini sono calati di numero in relazione ad entrambi i sessi: è questo il caso degli "incendi"

(-46%), nonché delle "rapine in esercizi commerciali" (-21%).

Tab.1 – Residenti in Italia ultra 65-enni vittime di reati negli anni indicati. Tassi di "vittimizzazione" (valori per 100.000 abitanti)

Tipo di reato	2008			2016		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Omicidi colposi	3,6	1,9	2,9	4,3	1,8	3,2
Omicidi volontari	0,9	0,4	0,5	1,0	0,5	0,6
Percosse	11,2	5,7	8,9	16,6	7,3	11,3
Lesioni dolose	44,6	19,9	33,6	59,1	33,6	45,7
Minacce	74,0	29,7	52,0	101,2	36,7	67,7
Ingiurie	50,3	29,1	40,2	69,1	34,0	49,2
Furti	1610,8	934,8	1281,9	2772,8	1521,4	2189,9
di cui con strappo	13,0	40,6	27,9	18,9	53,6	37,5
di cui con destrezza	162,3	218,1	198,9	316,8	368,2	345,9
Rapine	33,5	18,9	27,2	45,0	28,5	35,2
di cui in abitazione	7,0	5,2	6,3	8,3	6,7	7,6
di cui in esercizi commerciali	3,3	1,0	1,9	2,4	0,8	1,5
di cui in pubblica via	16,9	9,2	13,6	22,5	13,2	16,9
Estorsioni	8,2	3,2	5,7	12,1	4,1	7,9
Truffe e frodi informatiche	129,1	92,2	111,8	200,1	122,1	159,8
Delitti informatici	1,9	0,2	1,2	7,4	0,3	3,5
Danneggiamenti	442,0	109,0	278,6	492,6	137,5	329,8
Incendi	21,6	7,5	14,9	13,1	4,0	8,1
Danneggiamenti da incendio	18,1	4,3	10,9	20,1	5,2	12,5

Fonte: elaborazioni dell'autore su dati dell'Istat e del Ministero dell'Interno.

Tab. 2 - Differenze percentuali tra i tassi di "vittimizzazione" (tab.1) del 2016 e quelli del 2008

Tipo di reato	Maschi	Femmine	Totale
Omicidi colposi	19,4	-5,3	10,3
Omicidi volontari	11,0	25,0	20,0
Percosse	48,2	28,1	27,0
Lesioni dolose	32,5	68,8	36,0
Minacce	36,8	23,6	30,2
Ingiurie	37,4	16,8	22,4
Furti	72,1	62,8	70,8
<i>di cui con strappo</i>	45,4	32,0	34,4
<i>di cui con destrezza</i>	95,2	68,8	73,9
Rapine	34,3	50,8	29,4
<i>di cui in abitazione</i>	18,6	28,8	20,6
<i>di cui in esercizi commerciali</i>	-27,3	-20,0	-21,1
<i>di cui in pubblica via</i>	33,1	43,5	24,3
Estorsioni	47,6	28,1	38,6
Truffe e frodi informatiche	54,9	32,4	42,9
Delitti informatici	289,5	50,0	191,7
Danneggiamenti	11,4	26,1	18,4
Incendi	-39,4	-46,7	-45,6
Danneggiamenti da incendio	11,1	20,93	14,7

Fonte: elaborazioni dell'autore su dati dell'Istat e del Ministero dell'Interno.

3 - Osservazioni conclusive

I dati sopra brevemente analizzati mostrano come le persone in età avanzata siano fortemente esposte ai fenomeni di criminalità e quanto sia necessaria una generalizzata campagna di informazione, che fornisca suggerimenti e norme di comportamento utili ad evitare a tali persone di incorrere in situazioni di pericolo. Il problema della vittimizzazione degli anziani s'impone dunque in modo impellente, così da sollecitare soluzioni orientate sia ad una più profonda solidarietà sociale, sia verso una sorta di rivalutazione della cosiddetta terza età. Il certo e inevitabile processo di invecchiamento demografico, che caratterizza la nostra come le altre popolazioni sviluppate, comporta la necessità di preparare adeguatamente tutte le parti in causa - governi, società civile, settore privato, comunità assistenziali e famiglie - al conseguente forte incremento numerico dei contingenti in età senile, così da adattare le istituzioni politico-amministrative nazionali e locali all'incedere prepotente di un mondo che invecchia. Quanto mai necessario sarebbe, in primo luogo, garantire alle persone anziane condizioni di dignità e sicurezza, fornendo loro un sicuro accesso ai servizi sociali e alle cure mediche di base, oltre - possibilmente - ad un reddito minimo che gli conferisca autonomia e l'indipendenza economica in misura almeno sufficiente. Pure importanti risulterebbero interventi volti a rafforzare il senso di "utilità" degli individui, valorizzando le opportunità e le capacità proprie delle persone in età avanzata, quali, ad esempio, la maggior disponibilità di tempo libero, nonché il possesso di un prezioso patrimonio di conoscenze, regole e valori da trasmettere ai più giovani, con ciò favorendone, al contempo, il reimpiego in concrete attività, così da introdurre, a loro beneficio un più ampio concetto di produttività.

In relazione a quanto sopra accennato, è da segnalare che già ora esistono sporadiche ma interessanti esperienze di coinvolgimento degli anziani come forze ausiliarie per la sorveglianza in alcuni musei comunali, e così pure per attività di pulizia di strade e parchi cittadini organizzate da associazioni di quartiere.

Si consideri, infine, l'assoluta necessità di supportare le strutture sanitarie, le comunità e le famiglie perché siano garantite alle persone in età avanzata più fragili e talora non indipendenti – anche nel lungo periodo – l'assistenza e le cure necessarie ad assicurare loro condizioni di vita sufficientemente dignitose o comunque accettabili.

Bibliografia

- Barbagallo M. et al. (2005), "Violenza contro le persone anziane", in *Giornale di Gerontologia*, Pacini Editore, 53, pp. 112 – 119, Pisa.
- Bartoli V. et al. (2017), "Passata evoluzione e future tendenze dell'invecchiamento demografico in Italia", *Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica*, Volume LXXI, n. 2.
- Baroni M. R., Getrevis A. (2005), "La valutazione psicologica dell'anziano", Carocci, Roma.
- Barbagli, M., Gatti, U. (2002), "La criminalità in Italia", Il Mulino, Bologna.
- Barbagli et al. (2003), "Rapporto sulla criminalità", Il Mulino, Istituto Cattaneo, Bologna.
- Calabrese M. (2010), "Senilità e cambiamento. Così invecchiando la vita si sviluppa e si trasforma", in *Assistenza anziani*, n. Marzo e Aprile, KDM International Srl, pp. 39-44, Bologna.
- Codini G., et al. (2004), "Anziani, donne e bambine vittime del crimine", *Nuovo Vivere oggi*, Milano.
- Cristini C., Cesa Bianchi M. (2006), "L'anziano e la sua psicologia", Gam, Milano.
- Giannini A., Cirillo F. (2012), "Itinerari di Vittimologia". Ed. Giuffrè.
- Istat (2017), "Indagine multiscopo sulle famiglie", www.istat.it.
- Istat (2017), "Il futuro demografico del paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065", www.istat.it.
- Istat (2016), "Rapporto sul benessere", *Report on Italian Wellbeing*.
- Istat (2017), "Delitti, imputati e vittime dei reati: una lettura integrata delle fonti sulla criminalità e giustizia", in *Temi Letture e Statistiche*.
- Miccoli S., Reynaud C. (2016), "L'invecchiamento demografico: le sue dinamiche nelle province italiane", in "EyesReg", vol. 6 n. 2.
- Ministero dell'Interno (2008-2017), "Annuario delle Statistiche Ufficiali dell'Amministrazione dell'Interno", www.interno.gov.it/it/dati-e-statistiche.

Dr. Velia Bartoli: Ricercatore di Statistica presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Facoltà di Scienze Politiche, Sociologia e Comunicazione dell'Università "La Sapienza" di Roma.